

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNEE 1963.

THÈSE

N° 807

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Claudette LEFEVRE née ANDRE

le 27 février 1937 à Paris (14e)

---

Présentée et soutenue publiquement le :

---

DILATATION KYSTIQUE CONGENITALE DU  
CHOLEDOQUE CHEZ LE NOURRISSON

---

Président : M. JULIEN-MARIE, Professeur.

---

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V<sup>e</sup>

---



ANNEE 1963.

# THÈSE

N°

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Claudette LEFEVRE née ANDRE

le 27 février 1937 à Paris (14e)

---

Présentée et soutenue publiquement le :

---

DILATATION KYSTIQUE CONGENITALE DU  
CHOLEDOQUE CHEZ LE NOURRISSON

---

Président : M. JULIEN-MARIE, Professeur.

## 2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

### a) Professeurs titulaires :

MM.

|                                                                                                 |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) . . . . .                                         | REDON (H.)                             |
| Clinique cardiologique (Broussais) . . . . .                                                    | SOULIÉ (P.)                            |
| Cliniques chirurgicales . . . . .                                                               | Beaujon . . . . . LORTAT-JACOB (J.-L.) |
|                                                                                                 | Cochin . . . . . LEGER (L.)            |
|                                                                                                 | Cochin . . . . . ABOULKER (P.)         |
|                                                                                                 | Hôtel-Dieu . . . . . PATEL (J.)        |
|                                                                                                 | Pitié . . . . . GORDIER (G.)           |
|                                                                                                 | Saint-Antoine . . . . . GOSSET (J.)    |
|                                                                                                 | Salpêtrière . . . . . SICARD (A.)      |
|                                                                                                 | Tenon . . . . . OLIVIER (Cl.)          |
| Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) . . . . .                     | FÈVRE (M.)                             |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) . . . . .                        | MERLE d'AUBIGNÉ (R.)                   |
| Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) . . . . .                                   | GAUDART d'ALLAINES (F. de)             |
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec) . . . . .                                     | MATHEY (J.)                            |
| Clinique endocrinologique (Pitié) . . . . .                                                     | DECOURT (J.)                           |
| Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) . . . . .                                      | LAMY (M.)                              |
| Clinique gynécologique (Broca) . . . . .                                                        | HUGUIER (J.)                           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) . . . . .                         | DEGOS (R.)                             |
| Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) . . . . .                                   | CATHALA (J.)                           |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) . . . . .                                   | MOLLARET (P.)                          |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) . . . . .                        | DELAY (J.)                             |
| Clinique des maladies métaboliques (Necker) . . . . .                                           | HAMBURGER (J.)                         |
| Clinique des maladies du sang (Broussais) . . . . .                                             | MARCHAL (G.)                           |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) . . . . .                                | CASTAIGNE (P.)                         |
| Cliniques médicales . . . . .                                                                   | Boucicaut . . . . . MILLIEZ (P.)       |
|                                                                                                 | Broussais . . . . . LENÈGRE (J.)       |
|                                                                                                 | Cochin . . . . . JUSTIN-BESANÇON (L.)  |
|                                                                                                 | Cochin . . . . . BROUET (G.)           |
|                                                                                                 | Hôtel-Dieu . . . . . BARIÉTY (M.)      |
|                                                                                                 | Lariboisière . . . . . SÈZE (S. de)    |
|                                                                                                 | Pitié . . . . . DREYFUS (G.)           |
|                                                                                                 | Saint-Antoine . . . . . KOURILSKY (R.) |
| Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) . . . . .                                     | DEBRAY (C.)                            |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais) . . . . .                                           | GENNES (L. de)                         |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) . . . . . |                                        |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) . . . . .                                                   | DEROT (M.)                             |
| Clinique neurologique (Salpêtrière) . . . . .                                                   | DAVID (M.)                             |
| Cliniques obstétricales . . . . .                                                               | Baudelocque . . . . . GARCIN (R.)      |
|                                                                                                 | Foch (Suresnes) . . . . . LACOMME (M.) |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) . . . . .                                   | MERGER (R.)                            |
| Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) . . . . .                                                 | VARANGOT (J.)                          |
| Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) . . . . .                                      | RENARD (G.)                            |
| Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) . . . . .                      | AUBRY (M.)                             |
| Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) . . . . .                                       | LELONG (M.)                            |
| Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec) . . . . .                                            | MARIE (J.)                             |
| Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . . . . .                                 | BERNARD (E.)                           |
| Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) . . . . .                                 | MICHAUX (L.)                           |
| Clinique stomatologique (Pitié) . . . . .                                                       | COSTE (F.)                             |
| Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . . . . .                                       | DECHAUME (M.)                          |
| Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) . . . . .                                       | ROUX (M.)                              |
| Clinique toxicologique . . . . .                                                                | LEMAIRE (A.)                           |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique . . . . .                                 | GAULTIER (M.)                          |
| Séméiologie médicale . . . . .                                                                  | PADOVANI (P.)                          |
| Séméiologie et clinique chirurgicales . . . . .                                                 | DOMART (A.)                            |
| Clinique urologique (Necker) . . . . .                                                          | POILLEUX (F.)                          |
| Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) . . . . .                                | COUVELAIRE (R.)                        |
|                                                                                                 | TURPIN (R.)                            |

### b) Professeurs à titre personnel :

Médecine . . . . .

{ BOUR (H.)  
 { LHERMITTE (F.)  
 { PEQUIGNOT (H.)

## II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

|                                                                      | MM.                                                                                                                                                                       |                                    | MM.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie . . . . .                                                   | CABROL (C.)<br>COUINAUD (C.)<br>GILLOT (C.)<br>OLIVIER (G.)<br>pr. s. ch.                                                                                                 | Orthopédie . . . . .               | JUDET (R.)<br>MEARY (R.)<br>POSTEL (M.)<br>RAMADIER (J.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Anatomie pathologique . . . . .                                      | GAUTHIER-VILLARS (M <sup>lle</sup> P.)<br>pr. s. ch.<br>ABELANET (R.)<br>CHOMETTE (G.)<br>GOUYGOU (Ch.), m. conf.<br>NEZELOFF (Ch.)<br>ORCEL (L.)<br>PAILLAS (J.)         | Oto-rhino-Laryngologie . . . . .   | DEBAIN (J.)<br>PIALOUX (P.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Anesthésiologie . . . . .                                            | KERN (E.)<br>VOURC'H (G.)                                                                                                                                                 | Parasitologie . . . . .            | GOLVAN (Y.)<br>LAPIERRE (J.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Bactériologie . . . . .                                              | BARBIER (P.)<br>pr. s. ch.<br>CHRISTOL (D.)<br>LE MINOR (L.)<br>TOURNIER (P.)                                                                                             | Pathologie chirurgicale . . . . .  | BARCAT (J.)<br>BINET (J.-P.)<br>GERBONNET (G.)<br>GHATELIN (C.-L.)<br>DUBOST (Ch.)<br>DUBOST (Cl.)<br>FAUREL (J.)<br>FLABEAU (F.)<br>GARBAY (M.)<br>GARNIER (H.)<br>(Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES<br>GERMAIN (A.)<br>LATASTE (J.)<br>LOYGUE (J.)<br>MERCADIER (M.)<br>NATALI (J.)<br>PELLERIN (D.)<br>PERROTIN (J.)<br>ROBERT (H.)<br>THOMERET (G.)                                                                                               |
| Biochimie médicale . . . . .                                         | BAGLIEU Et. m. conf.<br>BOURILLON (R.)<br>CARTIER (P.)<br>DREYFUS (J.-Cl.)<br>GONNARD (P.)<br>KRUH (J.)<br>JEROME (H.)                                                    | Pathologie exotique . . . . .      | SCHNEIDER (J.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Biologie appliquée à l'Education<br>Physique et aux Sports . . . . . | PLAS (F.)                                                                                                                                                                 | Pathologie expérimentale . . . . . | BENHAMOU (J.-P.)<br>BERTHAUX (P.)<br>BOIVIN (P.)<br>CROSNIER (J.)<br>HARTMANN (L.)<br>LÉPER (J.) Pr. s. ch.<br>MAURICE (J.)<br>MIKOL (Cl.)<br>RICHEL (G.)                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Carcinologie . . . . .                                               | BOIRON (M.)<br>DENOIX (P.)<br>MATHE (G.)<br>SELIGMANN (M.)                                                                                                                |                                    | AUSSANNAIRE (M.)<br>BOUVIER (J.)<br>BOUVRAIN (Y.)<br>BRICAIRE (H.)<br>BRISAUD (H.)<br>BROCARD (H.)<br>BUGE (A.)<br>CATINAT (J.)<br>CHRÉTIEN (J.)<br>GOBLENTZ (B.)<br>CONTAMIN (F.)<br>COURY (G.)<br>ÉTIENNE (J.-P.)<br>FREZAL (J.)<br>FRITEL (D.)<br>HENNEQUET (A.)<br>HIMBERT (J.)<br>HOUSSET (E.)<br>LAROCHÉ (Cl.)<br>LESOBRE (R.)<br>LEVEQUE (B.)<br>MACREZ (G.)<br>MOREAU (L.)<br>NICK (J.)<br>ROYER (P.)<br>TOURNEUR (R.)<br>WOLFROMM (R.) |
| Dermato-Syphiligraphie . . . . .                                     | CIVATTE (J.)<br>DUPERRAT (B.)                                                                                                                                             |                                    | LAFOURCADE (J.)<br>LEPERCQ (G.)<br>MANDE (R.)<br>MOZZICONACCI (P.)<br>POLONOVSKI (G.)<br>ROSSIER (A.)<br>VIALATTE (J.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Electro-Radiologie . . . . .                                         | LEDOUX-LEBARD (G.)                                                                                                                                                        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Hématologie . . . . .                                                | BESSIS (M.)<br>BILSKI-PASQUIER (G.)<br>DAUSSET (J.)<br>DUHAMEL (G.)                                                                                                       |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Histologie . . . . .                                                 | COUJARD (R.), pr. s. ch.<br>MAROIS (M.)<br>RACADOT (J.)                                                                                                                   |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Hydrologie . . . . .                                                 | BESANÇON (F.)<br>CORNET (A.)                                                                                                                                              |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Hygiène . . . . .                                                    | BOYER (J.) pr. s. ch.<br>BLANCHER (G.)<br>CORRE-HURST (M <sup>me</sup> L.)<br>SAPIN-JALOUSTRE (H.)                                                                        |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Maladies infectieuses . . . . .                                      | BASTIN (R.) Pr. s. ch.<br>DUPONT (V.)                                                                                                                                     |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Médecine légale . . . . .                                            | FOURNIER (E.)<br>GUENIOT (M.)<br>HADENGUE (A.)                                                                                                                            |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Médecine du travail . . . . .                                        | ALBAHARY (G.)                                                                                                                                                             |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Neuro-chirurgie . . . . .                                            | PERTUISSET (B.)                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Neurologie . . . . .                                                 | LAPRESLE (J.)<br>GRANJON (A.)<br>HERVET (E.)<br>LE LORIER (G.)<br>LEVY (J.)<br>MORIN (P.)<br>MUSSET (R.)<br>ROBEY (M.)<br>SENEZE (J.)<br>SUREAU (G.)<br>THOYER-ROZAT (J.) |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Obstétrique . . . . .                                                | BRÉGEAT (P.)<br>DUBOIS (A.)<br>SARAUX (H.)                                                                                                                                |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Ophtalmologie . . . . .                                              |                                                                                                                                                                           |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                | MM.                                                                                                                       |                                 | MM.                                                                   |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Pharmacologie . . . . .        | BOISSIER (J.)<br>LECHAT (P.)<br>BARRES (G.)<br>DEJOURS (P.)                                                               | Psychiatrie . . . . .           | PICHOT (P.)                                                           |
| Physiologie . . . . .          | pr. s. ch.<br>DURAND (J.)<br>GIRARD m. conf.<br>HUGELIN (A.)<br>SCHERRER (J.)<br>CHANTEUR (J.)<br>GOUGEROT (L.), m. conf. | Psychiatrie infantile . . . . . | DENIKER (P.)<br>DUCHE (D.)<br>FLAVIGNY (H.)                           |
| Physique médicale . . . . .    | pr. s. ch.<br>GREMY (F.) m. conf.<br>MILHAUD (G.)<br>PELLERIN (P.)<br>ROUCAYROL (J.-Cl)<br>TUBIANA (M.) m. conf.          | Rhumatologie . . . . .          | DELBARRE (F.)<br>pr. s. ch.                                           |
| Pneumo phthisiologie . . . . . | KREIS (B.)<br>MEYER (A.)<br>RENAULT (P.)                                                                                  | Stomatologie . . . . .          | CERNEA (P.)<br>CHAPUT (M <sup>me</sup> A.) m. c. agr.<br>GRELLET (M.) |
|                                |                                                                                                                           | Thérapeutique . . . . .         | CHASSAGNE (P.)<br>MARCHE (J.)                                         |
|                                |                                                                                                                           | Urologie . . . . .              | AUVERT (J.)<br>MOULONGUET (A.)<br>QUENU (L.)                          |

### III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

|                                 | MM.                                            |                                                     | MM.                           |
|---------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------|
| Anatomie . . . . .              | DEBEYRE (J.)                                   | Clinique ophtalmologique                            | DESVIGNES (P.)<br>OFFRET (G.) |
| Clinique chirurgicale . . . . . | VERNE (J.-M.)                                  | Clinique pédiatrique et pué-<br>riculture . . . . . | LAPLANE (R.)                  |
| Clinique médicale . . . . .     | PERRAULT (M.)<br>RAMBERT (P.)<br>THIEFFRY (S.) | Clinique psychiatrique . . . . .                    | BARUK (H.)                    |
| Clinique obstétricale . . . . . | GRASSET (J.)<br>MAYER (M.)                     | Clinique urologique . . . . .                       | KUSS (R.)                     |

### IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

|                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Bactériologie . . . . .           | HAUDUROY (P.) Pr. s. ch. |
| Pathologie chirurgicale . . . . . | RUDLER (J.) Pr. s. ch.   |

|                                                           |                                                     |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE | BOLTANSKI (E.)<br>LAUNAY (G.)                       |
| Secrétaire général de la Faculté . . . . .                | M. LENA (J.)                                        |
| Secrétaire principal . . . . .                            | Mlle CHAINTREUIL (G.)                               |
| Conservateur en Chef de la Bibliothèque . . . . .         |                                                     |
| Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . | M. le Docteur HAHN (A.)                             |
| Conservateurs . . . . .                                   | Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)   |
| Bibliothécaire . . . . .                                  | Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),<br>Mlle LAURENT (H.) |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A la mémoire de ma Grand'Mère,

A ma Mère,

A mes Beaux-Parents.



A mon Mari,

A mes Enfants.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA40152023\\_0001](https://archive.org/details/IA40152023_0001)

A Monsieur le Professeur Julien Marie

Professeur à la Faculté de Médecine  
de Paris,

Médecin des hôpitaux,

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.

Respectueuse reconnaissance.

---



A Monsieur le Docteur André Hurez

Ancien Interne des hôpitaux de Paris,

Ancien chef de clinique à la Faculté,

Médecin chef du Service de Pédiatrie  
de l'hôpital Saint-Joseph,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Docteur Henri Debray

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris,

Ancien chef de clinique à la Faculté,

Médecin Assistant du Service de Pédiatrie  
de l'hôpital Saint-Joseph,

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre  
vive gratitude.

---



A mes Maîtres de la Faculté  
et des Hôpitaux de Paris

En remerciement de leur enseignement.

A mon Jury de Thèse.

---



# LA DILATATION KYSTIQUE CONGENITALE DU CHOLEDOQUE

---

## INTRODUCTION

---

La dilatation kystique congénitale du cholédoque est une affection assez rare ; mais cependant, ces dix dernières années, elle a été l'objet de nombreuses publications. Seules quelques-unes concernent le nourrisson. Cependant, pour MM. Lelong, D. Alagille et Le Tan Vinh, il s'agit d'une cause non exceptionnelle d'ictère par obstruction chez le très jeune enfant, voire même, chez le nourrisson.

En 1953, Bernheim avait déjà attiré l'attention sur cette cause d'ictère par rétention chez les enfants du premier âge.

Le diagnostic précoce, souvent difficile, en est donc indispensable puisque de lui découlera le pronostic vital.



En effet, actuellement le traitement chirurgical donne un pourcentage élevé de guérisons 90%, alors que cette affection livrée à elle-même va évoluer à plus ou moins longue échéance vers la cirrhose biliaire, aboutissant inéluctablement à la mort.

L'observation que nous nous proposons de relater montre la difficulté du diagnostic et l'heureuse réussite du traitement chirurgical.

---



## O B S E R V A T I O N

---

Christiane D... née le 31 octobre 1958 présente aux environs du 25 décembre 1959, alors qu'elle est âgée de 14 mois, un épisode fébrile ( $T^{\circ} = 39^{\circ}$ ) avec anorexie, vomissements et diarrhée, suivi, trois jours plus tard, de selles décolorées, fermes, mastiques, d'urines sombres tachant les langes.

L'enfant est agitée, crie jour et nuit, semble souffrir. Apparition de 7 dents.

L'enfant est vue alors par le médecin de famille qui pose le diagnostic de poussée dentaire.

Quelques jours plus tard se produit une amélioration dans l'état de l'enfant ; elle est plus calme, l'appétit revient, mais les selles restent blanchâtres et les urines foncées.

Le 4 janvier 1960 apparaît un ictère léger sans fièvre, sans vomissement. Seule persiste une décoloration des selles. Le médecin appelé auprès de l'enfant demande son hospitalisation.

Christiane D... est admise dans le Service de Pédiatrie de l'hôpital Saint-Joseph, le 7 janvier 1960.



Dans les antécédents de l'enfant, aucun incident pathologique n'est à noter.

La grossesse de la mère a été normale, celle-ci a accouché au terme de huit mois et une semaine de jumeaux bivitellines : Catherine, 2.550 gr. et Christiane 2.150 gr. qui ont crié immédiatement et qui ne présentaient ni cyanose ni hypothermie. Elles ont fait un ictère du premier jour. Allaitement maternel, jusqu'à l'âge de 4 mois, ensuite, régime bien équilibré.

Les parents et le frère sont en bonne santé.

L'examen, lors de l'entrée dans le service, montre un enfant de 14 mois présentant un bon aspect général, pesant 9,750 kg. apyrétique, mais chez laquelle existe cependant une légère pâleur ainsi qu'un ictère léger et fugace seulement visible à la lumière du jour.

Selon les parents, l'ictère aurait été plus intense les jours précédant l'hospitalisation.

La palpation montre l'existence d'une énorme tumeur abdominale, ferme, occupant l'épigastre, l'hypocondre droit, le flanc droit et la région ombilicale et qui semble être un énorme foie. Cette tumeur est sûrement douloureuse car l'enfant crie lorsqu'on la palpe.

Au niveau du flanc droit une bosselure semble se dessiner et qui ne paraît pas fluctuante.

- Pas de splénomégalie,
- Pas de purpuras,
- Pas d'adénopathie,
- Tachycardie sans souffle cardiaque,
- Appareil respiratoire normal.



La radioscopie confirme l'existence de cette tumeur sous forme d'une volumineuse opacité homogène ; elle ne montre pas d'ombre splénique importante et précise que le cul-de-sac pleural droit est libre. L'hémi-diaphragme droit est un peu mobile et refoulé vers le haut.

Devant ce tableau de tumeur abdominale de la région hépatique, différents examens sont demandés :

Ex a m e n s :

A - Sang

- 1° - VS 4 mm à la première heure.
- 2° - La numération-formule sanguine montre une anémie à 3 200 000 GR. 71 % d'Hb.  
Une leucocytose à 12 000 GB avec 53% de Polynucléaires.
- 3° - Electrophorèse  
Protides totaux = 65 gr. %  
Alb. = 55%  
G<sub>1</sub> = 6,4 %  
G<sub>2</sub> = 13,6 %  
G<sub>3</sub> = 21,4 %  
G<sub>4</sub> = 3,6 %  
$$\frac{A}{G} = 2,4$$
- 4° - L'urée sanguine 0,20 gr./litre.
- 5° - Bilirubine directe 0  
Bilirubine totale : 50 mg/litre. Il existe donc une augmentation de la bilirubinémie.
- 6° - Tests hépatiques :  
Hanger +  
Thymol 18 UV  
Gros 2 cc  
Cholestérol total : 1,60 gr./litre.  
Cholestérol estérifié : 0,8 gr./litre.

$$\frac{E}{T} = 0,5$$



7° - Taux de prothrombine  
Temps témoin 12 secondes  
Temps malade 13 secondes  
Prothrombine 83 %

8° - Temps de saignement 1'30  
Temps de coagulation, 7' (sur lame)

B - Urines

ni sel, ni pigment biliaire.

C - Selles

ne paraissent pas constamment décolorées.

D - Radios

Des biligraphies pratiquées le 13 janvier 1960 vont prêter à discussion.

Elles montrent : Une masse abdominale donnant des signes de compression extrinsèque sur le rein droit et entraînant une mal position de la vésicule biliaire (à gauche de la colonne lombaire), sans signe de compression extrinsèque.

Mais on se demande si l'image soi-disant vésiculaire, à gauche, n'est pas un rein. On serait donc en présence d'un rein double des deux côtés, avec, au moins à droite, un rein hydronéphrotique ; on demande des UIV et des UPR de contrôle.

Le 18 janvier 1960, la masse abdominale a nettement diminué, elle n'est plus visible à l'inspection. On sent le bord inférieur du foie dans la fosse iliaque droite. Il persiste un subictère, mais selles et urines sont normales au point de vue pigmentation. Diarrhée et légère chute de poids.

Le 22 janvier 1960, des UIV sont pratiquées, elles montrent des images sensiblement semblables à celles de la biligraphie, en ce qui concerne les cavités rénales droites, mais confirment la diminution considérable du volume global de la



tumeur.

(A noter qu'au cours de son hospitalisation, l'enfant a présenté une otite bilatérale nécessitant une double paracentèse et traitée par 0,30 gr. de sanclomycine par jour, et cela pendant 4 jours.)

Le 27 janvier 1960, l'enfant est autorisée à sortir quelques jours de l'hôpital.

Le 3 février 1960, elle revient pour une otite bilatérale qui va avoir une évolution au long cours (jusqu'au 29 février), une double paracentèse les 4.2.60, 13.2.60 et 23.2.60. Elle reçoit d'abord 0,30 gr. de sanclomycine par jour pendant 6 jours, puis, ensuite, 250 mg. de PVT par jour pendant 6 jours.

Le 6 février 1960, le Docteur Cendron voit l'enfant et pense qu'il s'agit très probablement d'une tumeur dépendant de l'arbre urinaire et désire pratiquer ultérieurement une cystoscopie avec pyélographie et, éventuellement, une laparotomie.

Le 17 février 1960, le Docteur Cendron pratique une UPR sous anesthésie générale.

#### Compte-rendu du Docteur Cendron

- 1° - On palpe très facilement une masse de consistance ferme de la taille d'un pamplemousse, allongée dans le sens transversal et dépassant la ligne médiane. Cette masse est très peu mobile.
- 2° - Cystoscopie : Urines claires, excellente vision, un seul orifice uretéral droit,



3° - On monte une sonde 5/10 sur 10 cm. sans difficulté.

4° - La pyélographie confirme la déformation rénale cupule vue à la biligraphie et à l'UIV. Le 2e cliché a été fait pendant qu'on retirait la sonde : il ne montre pas de rein surnuméraire.

#### Diagnostic :

Tumeur rénale quasi certaine pour laquelle on envisage la possibilité d'un traitement par irradiation préopératoire. Mademoiselle le Docteur Schweisguth pose également le diagnostic probable d'une tumeur postérieure supra-rénale, mais refoulant et envahissant le rein, peut-être un sympathoblastome, en raison de l'anémie. Mais elle se refuse à irradier cette tumeur du fait de l'incertitude de sa malignité.

Une ponction de moëlle sternale faite le 22.2.60 se révèle pratiquement normale.

Intervention décidée le 3.3.60.

Opérateurs : Docteurs Cendron et Borde.

#### Compte-rendu de l'intervention

Incision transversale de l'abdomen commençant à l'extrémité de la 10e côte droite, passant au-dessus de l'ombilic et s'étendant nettement au-delà. Section hémostase des muscles. Ouverture de la cavité péritonéale. Il existe une volumineuse masse mollassse, kystique, qui refoule largement le colon en dedans, et sur laquelle s'étale le 2e duodénum. Juste au-dessus de cette masse, existe une vésicule biliaire qui s'étend transversalement au bord inférieur du foie. Celui-ci présente plusieurs indentations.

On tente de cliver la tumeur qui est donc nettement rétro-



péritonéale du duodénum. Ceci s'avère très difficile à cause d'un saignement abondant qui se produit et de l'adhérence très intime qu'il y a entre la masse et le 2<sup>e</sup> duodénum. De plus, entre la partie supérieure de la tumeur et la face inférieure du foie, s'étend une lame transversale située dans un plan vertical. Elle se prolonge en dehors au niveau de la vésicule biliaire, et, en disséquant l'union de cette lame et de la vésicule, on s'aperçoit qu'un canal décrivant un S va de la vésicule à la partie supéro-externe de la masse kystique.

L'existence du méso, l'existence d'un canal entre la vésicule biliaire et la tumeur font penser qu'il peut s'agir d'un volumineux kyste du cholédoque.

Une ponction est décidée.

On fait une bourse et on protège avec de nombreux champs la périphérie. La ponction est faite à l'aiguille et on retire un liquide verdâtre qui est nettement de la bile. Un prélèvement est fait pour cytobactériologie et examen chimique. Il s'agit donc bien d'un kyste du cholédoque. Le kyste est évacué le plus complètement possible : on retire environ 500 cm<sup>3</sup> de liquide.

En passant par l'orifice de ponction un tube de polythène on fait une injection de diodone de 100 cm<sup>3</sup>. Une radiographie per-opératoire est faite, mais avec cette quantité de liquide, il n'y a pas d'injection, ni des voies hépatiques, ni du duodénum.

On décide donc une résection partielle du kyste et une anastomose kysto-jéjunale avec montage en Y au niveau de l'intestin grêle.

Une calotte ayant environ 4 cm. de diamètre est réséquée



dans la partie externe du kyste. L'incision ainsi faite est suturée en un plan sur ses 4/5 externes par des points de catgut chromé 000. On remarque, en profondeur, sur la partie super-interne du kyste, un orifice assez large (1 cm. de diamètre environ) qui doit correspondre à l'abouchement dans le kyste des canaux hépatiques.

Le 1/5 interne de l'incision n'est pas suturé à lui-même et est réservé à l'anastomose avec l'anse iliaque.

Le colon est rabattu vers la droite et on repère avec soin l'angle duodéno-jéjunal. Le jéjunum est sectionné à 15 cm. de cet angle (le méso ayant été sectionné après ligature des vaisseaux.)

Pour pouvoir amener le moignon distal vers le kyste, deux pédicules vasculaires sont liés dans le méso. Mais, sans qu'on comprenne pourquoi, ceci entraîne une nécrose sur environ 6 cm. de la portion distale du jéjunum. Ces 6 cm. sont réséqués. En respectant bien l'arcade bordante, on sectionne deux autres vaisseaux à la base du méso et, cette fois, la vascularisation reste excellente.

La partie distale du jéjunum est passée à travers le méso-colon ascendant et anastomosée au kyste en un plan par des points séparés de catgut 0000. Le plan antérieur est renforcé par des points unissant la séreuse jéjunale au péritoine recouvrant le kyste.

L'orifice proximal du jéjunum est anastomosé en termino-latérale à 12 cm. environ en aval de l'anastomose kysto-jéjunale : le jéjunum est incisé sur son bord antémésentérique et l'anastomose est faite par des points séparés de soie 00.



Les divers orifices pratiqués par la section du jéjunum sont fermés par des points séparés de catgut chromé 000 ; le méso de l'anse jéjunale proximale est suturé au méso de l'anse distale ; l'orifice du mésosigmoïde est suturé au jambage droit de l' Y monté vers le kyste . Le montage donne satisfaction. Cependant l'ouverture faite dans le méso-colon ascendant a été faite un peu trop basse, mais cela ne gêne pas le duodénum. On pratique un nettoyage soigneux de la cavité péritonéale.

On ne fait ni cholécystostomie, ni cholecystectomie.

Fermeture de la paroi en plusieurs plans : péritoine et muscles, les uns après les autres au catgut 00. Capiton sous cutané. Surjet de flexocrin sur la peau.

Durée de l'intervention : environ 5.30 h.

Bien supportée par l'enfant qui reçoit 250 cm<sup>3</sup> de sérum glucosé, 500 gr. de sang en per-opératoire.

Fragments du kyste confiés à l'anatomo-pathologiste.

Liquide intra-kystique pour études chimiques et cyto-bactériologique .

L'examen cyto-bactériologique du liquide de ponction ne montre pas d'infection.

L'examen histologique de la paroi du kyste cholédocien montre que ces fragments comportent une paroi fibreuse avec fibres collagènes denses. En surface, on observe par endroit quelques vestiges d'un revêtement épithélial cylindrique régulier. De l'autre côté de cette paroi fibreuse, il existe un tissu conjonctivo adipeux assez richement vascularisé. Il s'agit bien d'une paroi de formation kystique où l'on ne



constate aucune image de formation tumorale.

Examen histologique du foie :

Ce fragment hépatique comporte des travées dont les cellules ont un protoplasme vacuolaire très clair, sans présenter cependant de vacuoles rondes de type stéatosique.

Dans les capillaires sinusoides, on constate, par endroit, la présence de nombreux polynucléaires. L'aspect clair de ces cellules correspond à un aspect d'une surcharge glycogénique.

En périphérie des lobules hépatiques on observe une légère augmentation de la trame collagène avec des différenciations de certaines cellules hépatiques. Ces images indiquent un début d'évolution vers la sclérose.

Les suites opératoires sont simples :

Le jeudi 3 mars 1960, jour de l'opération, on administra à l'enfant une dose de 500 000 U de bipénicilline et 0,20gr. de stréptomycine, et ceci, pendant les 10 jours suivants.

Dans l'après-midi, l'aspiration donne 15 cc de bile.

Le vendredi 4 mars, l'aspiration donne 135 cc de bile; le volume des urines est de 500 cc, mais apparition de vomissements noirs.

Le samedi 5 mars, l'aspiration donne 375 cc de bile ; le volume des urines est de 250 cc.

Le dimanche 6 mars, on arrête l'aspiration.

Le lundi 7 mars, première selle colorée et réalimentation



progressive avec eau sucrée et lait SMA.

De nouveaux examens du sang à la date du 12 mars 1960 montrent :

|    |   |           |    |   |      |
|----|---|-----------|----|---|------|
| GR | = | 4.400.000 | Hb | = | 94 % |
| GB | = | 9.300     |    |   |      |

L'évolution va se poursuivre favorablement.

Des urographies pratiquées le 24 mars 1960, soit 20 jours après l'opération ne montrent aucune altération rénale.

Le 28 mars 1960, l'enfant sort de l'hôpital guérie. Depuis, l'enfant est suivie régulièrement à la consultation de pédiatrie et elle ne présente aucun trouble.

Des biligraphies pratiquées le 28 mars 1961, ne montrent pas d'opacification des voies biliaires sur les clichés faits une heure et deux heures après injection. Mais, par contre, il y a opacification des voies urinaires.

On peut donc penser qu'il n'y a pas de stase biliaire.

---



## D I S C U S S I O N

---

### I - FREQUENCE

La dilatation kystique congénitale du cholédoque a été décrite, pour la première fois, en 1723, à Dublin, par A. Vater lors de sa leçon inaugurale.

Depuis, 403 cas certains et 16 cas douteux furent relevés en 1959 dans la littérature mondiale par Alonso-Ley, F.-M. Rever et Pessagno. Mais ces auteurs mettent en doute l'authenticité du cas publié par Vater. Pour eux, le premier cas authentique fut publié en 1852 par Douglas.

En 1956, Tsardakas et Robnett ont fait une étude très complète de cette affection. Ils ont alors relevé les 232 cas publiés dans la littérature et publié 57 cas qu'ils avaient suivis et traités ; cela leur a permis d'établir des statistiques très précises :

- Sur les 232 cas publiés, 75 % se rapportaient à des sujets du sexe féminin, et 25 % à des sujets de sexe masculin. En ceci, les valeurs qu'ils donnent rejoignent celles données par la majorité des auteurs.



- La proportion est plus faible dans les 57 cas vus personnellement par Tsardakas : elle tombe à 65 %. Malgré cette différence de 10 %, on peut admettre que le sexe féminin est atteint dans la proportion de 3 pour 1.

Le dilatation kystique congénitale du cholédoque est une affection du sujet jeune puisque dans 82 % des cas elle a été diagnostiquée avant l'âge de 30 ans, les cas limites ayant été observés par Tsardakas, chez un sujet de 79 ans et par Heilliger en 1910, chez un prématuré de 8 mois.

Voici, établi par Tsardakas et ses collaborateurs, le tableau de la fréquence de l'affection en fonction de l'âge :

| Nombre de malades |               |   | M <sup>Sexe</sup> F |   | Pourcentage |
|-------------------|---------------|---|---------------------|---|-------------|
| 1                 | à 11 mois     | 8 | 3                   | 5 | 14,1        |
| 1 an              | à 4 ans       | 9 | 2                   | 7 | 15,8        |
| 5 ans             | à 9 ans       | 4 | 3                   | 1 | 7 -         |
| 10 ans            | à 14 ans      | 5 | 2                   | 3 | 8,7         |
| 14 ans            | à 19 ans      | 7 | 2                   | 5 | 12,3        |
| 20 ans            | à 24 ans      | 6 | 2                   | 4 | 10,5        |
| 25 ans            | à 29 ans      | 8 | 3                   | 5 | 14 -        |
| 30 ans            | à 39 ans      | 3 | 1                   | 2 | 5,2         |
| 40 ans            | à 49 ans      | - | -                   | - | -           |
| 50 ans            | à 59 ans      | 3 | 2                   | 1 | 5,2         |
| 60 ans            | à 69 ans      | 3 | 0                   | 3 | 5,2         |
| 70 ans            | à 79 ans et + | 1 | 0                   | 1 | 1,8         |
| total . . . . .   |               |   | 57 cas              |   |             |

Nous nous apercevons, en considérant ce tableau, que 14,1% des cas ont été diagnostiqués pendant les douze premiers mois de la vie, et 15,8%, durant les trois années suivantes. Soit donc, une proportion de 29,9% avant l'âge de quatre ans. Ceci nous prouve donc bien, que devant un tableau d'ictère par rétention de l'enfant jeune, la dilatation K du cholédoque est une des causes qui doit être évoquée.



Quels vont être les éléments qui vont permettre de poser le diagnostic de kyste du cholédoque ? Nous allons les étudier en détail.



## ETIOPATHOGENIE

Il y a encore une vingtaine d'années, deux groupes de théories s'affrontaient en ce qui concerne la genèse du kyste du cholédoque. Pour les uns, il était acquis, pour les autres, il était congénital.

Pour les défenseurs de la première théorie, le facteur extrinsèque et acquis était certain. Pour ceux-ci, le kyste peut représenter une complication de la grossesse (par compression utérine ou par étranglement du cholédoque, secondaire à une ptose des viscères après la délivrance) ou, encore, peut être dû à la compression du cholédoque par un nodus méésentérique augmenté de volume à la suite de tuberculose.

Pour Edgeworth, la dilatation du cholédoque serait due à une sténose de la portion intra-murale du cholédoque à la suite d'une infection.

Pour Budde, ce serait un adénome pancréatique qui en serait la cause.

Pour les défenseurs de la deuxième théorie l'origine congénitale était certaine. Actuellement, seule cette théorie prévaut, mais cependant, deux groupes d'idées vont s'affronter.

Pour les uns, la cause en serait un facteur obstructif



localisé à la jonction du cholédoque avec le duodénum (tra-jet angulaire du cholédoque, replis valvulaire de la paroi au niveau de l'ampoule de Vater, sténose congénitale du cholédoque intra-duodénal, incoordination neuromusculaire du sphincter d'Oddi).

Pour les autres, la dilatation serait due à la qualité défectueuse de la paroi du cholédoque lui-même ; soit par malformation embryologique (hypotonie congénitale de la paroi du cholédoque due à la présence de tissus pancréa-tiques, neurodysplasie donnant un mégacholédoque), soit par inégalité de prolifération des cellules épithéliales de la paroi du canal. C'est la théorie soutenue, en 1936, par Yotuyanagi.

Beaucoup d'auteurs admettent maintenant l'explication fournie par Yotuyanagi de malformation embryologique, mais associée à un obstacle sur le cholédoque inférieur (Caroli).

Pour Yotuyanagi, la malformation débute lors de la vie embryonnaire au stade où le cholédoque n'est encore qu'un cordon cellulaire. Il se produirait une prolifération cellulaire dans le segment supérieur du cordon, et, quand au stade suivant surviendra la perméabilisation du canal, le segment supérieur du cholédoque sera anormalement dé-veloppé, alors que la partie basse restera relativement rétrécie.

Cette hypothèse explique la dilatation parfois excen-trée et la sténose sous-jacente. D'ailleurs, pour Caroli, cette obstruction mécanique de la partie basse du cholé-doque existerait toujours. Sur cinq dilatations kystiques du cholédoque qu'il a étudiées par radiomanométrie per-opératoire, chaque fois il a découvert un élément obstruc-tif mécanique qui se traduisait simplement par une augmen-tation de la pression de passage du liquide opaque au



niveau du cholédoque intra-duodénal. Cette différence de pression était parfois minime et aurait pu échapper au chirurgien.

## II - SYNDROME

### Signes cliniques :

La symptomatologie clinique de cette affection est actuellement bien connue. En 1943, Shallow a fait une description désormais classique du syndrome qui réalise, dans les cas typiques, une triade faite de l'association d'une masse abdominale palpable dans l'hypocondre droit, d'un ictère et de douleurs sous costales droites.

### A - La T u m e u r :

Située dans l'hypocondre droit, pour Shallow est présente dans 77% des cas. En 1953, Attar et Obeïd, dans une statistique générale portant sur 201 cas, rapportent que la tumeur fut retrouvée dans 80% des cas, soit sensiblement la même proportion que celle donnée par Shallow.

Au tout début, la tumeur peut être pratiquement impalpable ; elle donne seulement une sensation de résistance ferme qui peut faire **penser** à une légère



hépatomégalie. Mais elle peut aussi parfois apparaître précocément et atteindre d'emblée un volume important. Bernheim rapporte le cas d'un nourrisson de un mois et chez lequel la tuméfaction atteignait le pubis.

Pour Gross, les dimensions et la tension de la tumeur varient suivant le degré d'oblitération du cholédoque et le rythme de production de la bile. Plusieurs auteurs signalent un gonflement post-prandial de la tumeur.

Cette tumeur est mobile dans le sens latéral, mais non dans le sens vertical. Mobile ou non avec les mouvements respiratoires. La palpation peut en être légèrement douloureuse. Parfois, si la tumeur est importante, on peut percevoir une seconde masse beaucoup plus petite, qui est la vésicule biliaire dilatée.

Le foie peut être légèrement augmenté de volume, mais en règle générale, on ne peut le palper.

#### B - L'ictère :

Pour Attar et Obeïd, l'ictère a été trouvé dans 75% des cas, 70% pour Shallow et Loos, 69% pour Tsardakas, et, pour la majorité des auteurs, le pourcentage d'ictère oscille aux environs de 70%.

Cet ictère est de type obstructif, produit vraisemblablement par la compression de la portion intra-duodénale du cholédoque par le kyste. Il peut être faible, intermittent ou intense et au long cours. Il peut apparaître très précocément. Dans 5% des cas, pour Gross, il serait apparu avant l'âge de six mois. Pour M. Lelong, Alagille et Le Tan Vinh, le kyste du cholédoque serait une cause non exceptionnelle d'ictère par obstruction dans les premiers mois. Et c'est même le diagnostic que l'on espère, plutôt que celui d'Atrésie des voies biliaires, car le pronostic en sera



totalement différent.

Par les critères cliniques on éliminera d'emblée l'ictère simple de la naissance, celui de la maladie hémolytique néo-natale par incompatibilité foeto-maternelle, et les grands ictères septicémiques ou infectieux, aucun de ceux-ci ne s'accompagnant de décolorations des selles.

Que ce soit un ictère précoce ou non, nous retrouvons les deux signes d'ictères obstructifs : selles décolorées, urines fortement pigmentées. Ces deux signes s'amendent durant les périodes de rémission lorsque celles-ci existent.

#### C - Les douleurs :

Troisième signe de la triade.

Pour Shallow se retrouvent dans 59% des cas, 60% pour Attar et Obeïd et 63,4% pour Tsardakas.

Un questionnaire soigneux des malades révèle que dans 60% des cas, ceux-ci ont ressenti depuis l'enfance de vagues douleurs épigastriques ou bien des douleurs du quadrant supérieur droit de l'abdomen à type de douleurs vésiculaires ou de coliques hépatiques.

Ces douleurs sont donc habituellement ressenties dans l'épigastre ou dans l'hypocondre droit. Elles sont parfois légères, donnant une sensation de gêne abdominale, d'autres fois, ce sont de vraies coliques hépatiques accompagnées de nausées et de vomissements. Mais pour Shallow, il n'y aurait aucune relation entre la taille du kyste et l'intensité de la douleur. Selon lui, elles seraient dues à une pression accrue à l'intérieur de l'arbre biliaire, vraisemblablement causée par la présence d'une infection latente qui est d'ailleurs habi -



tuelle et, sans doute, secondaire à la stagnation de la bile dans cet arbre biliaire.

Mais il est évident que, dans le cas de très jeunes enfants, les douleurs sont difficiles à analyser et ne sont objectivées que par les cris et le comportement de l'enfant.

Il existe, à côté de cette triade classique, d'autres signes cliniques pouvant s'y associer. Ce sont des vomissements qui souvent sont bilieux et seraient dus à un flot soudain et abondant de bile se déversant du kyste vers le duodénum. Ce peut être de la fièvre, mais ceci est assez rare, excepté dans les cas d'angiocholite, d'infection du contenu du kyste ou d'hépatite associée et, dans ce cas-là, elle est rarement élevée.

D'autre part, chez le nourrisson, il y a souvent un retentissement gastro-duodénal qui peut d'abord orienter le diagnostic vers une sténose du pylore.

En résumé, dans le kyste congénital du cholédoque sur le plan clinique, il peut exister des signes généraux : nausées, vomissements, fièvre, associés aux trois signes majeurs qui sont : la tumeur, l'ictère et la douleur.

Mais il faut cependant préciser qu'un des signes majeurs peut manquer, ce qui a permis à Demolder de distinguer deux groupes suivant leur symptomatologie :

- Groupe 1 : Ictère + Douleurs + Tumeur
- Groupe 2 : Tumeur + Douleurs . Pas d'ictère.



### Signes biologiques :

Ils vont être ceux de tout syndrome de rétention biliaire.

Il y a augmentation de la Bilirubinémie,  
de la Cholémiémie,  
de la Cholestérolémie,  
des Lipides totaux.

Les tests de fonctionnement hépatiques sont, en règle générale, normaux, mais, en cas d'hépatite associée ou de dégénérescence hépatique, ils peuvent être modifiés.

Il est à noter que les taux de prothrombine et de proconvertine peuvent paraître modifiés. Mais il faut se méfier des causes d'erreur liées à la carence d'absorption de la vitamine K qu'entraîne toute rétention biliaire prolongée. Le dosage ne sera pratiqué qu'au moins 48 heures après l'administration parentérale de Vitamine K, hydrosoluble ou de Vitamine K1.

La formule sanguine peut être modifiée dans les cas d'infection surajoutée.

### Signes radiologiques :

Pour certains auteurs la radiographie pré-opératoire serait d'un grand intérêt puisque, dans certains cas, il serait possible d'établir le diagnostic sur un cliché sans préparation de l'abdomen. Wright a décrit la possibilité d'une calcification des parois du cholédoque et Mac Laughlin, la présence d'une image de clarté gazeuse anormale dans le cholédoque dilaté. Parfois même on peut apercevoir l'ombre de la dilatation kystique.

Bernheim insiste sur les renseignements donnés par le rétro-pneumo-péritoine et aussi par l'examen radios-



ccpique du tube digestif après ingestion d'une bouillie barytée.

Cet examen va montrer, dans le cas d'un kyste un peu volumineux, un refoulement en bas et à gauche de l'estomac et de la première portion du duodénum, la deuxième portion ayant subi un déplacement médian et antérieur. Ceci est pathognomonique de l'affection et a été signalé par Caffey.

De même il peut y avoir aussi un déplacement en bas et à gauche des anses jéjunales et un abaissement de l'angle colique droit et du colon transverse.

Les cholangiographies per orales ou intraveineuses opacifient rarement la vésicule biliaire. Si cependant elle apparaît quand même, Wright a signalé qu'elle se présentait souvent sous forme arquée ou crochue.

Les UIV peuvent montrer une dilatation de la partie supérieure de l'uretère droit si le kyste comprime celui-ci. Mais il est certain que ce sont les cholangiographies per opératoires qui fourniront les renseignements les plus intéressants sur la perméabilité des voies biliaires et le degré de distention de celles-ci.

Nous rappellerons ici les images radiologiques très intéressantes de notre observation.

En effet, si parfois, comme nous venons de le dire précédemment, il peut exister un rein droit hydronéphrotique par compression de celui-ci et de l'uretère par la tumeur - et c'était le cas de notre observation - il est très rare que la vésicule biliaire soit opacifiée, et surtout, qu'elle soit située à gauche de la colonne lombaire.



## D I A G N O S T I C

---

La triade : tumeur, ictère, douleurs doit, chez le nouveau-né et le jeune enfant, spécialement chez une fille, faire penser au kyste du cholédoque. Les examens de laboratoire et les examens radiologiques confirmeront le diagnostic. Mais devant ce tableau clinique on peut penser à d'autres affections :

- Cholécystite,
- Lithiase du cholédoque ou lithiase vésiculaire,
- Kyste ou tumeur de la tête du pancréas,
- Kyste hydatique du foie,
- Tumeur rétro-péritonéale ou sarcome,
- Ictère obstructif ou cirrhose du foie,
- Adénopathies hilaires de causes diverses.

Souvent, d'autre part, l'affection empruntera une symptomatologie rénale et alors, seule l'intervention permettra d'affirmer le diagnostic.

Pour Tsardakas, sur les 232 cas qu'il a relevés dans la littérature, le diagnostic correct a été fait 36 fois avant l'intervention, soit seulement dans une proportion de 15,6 % des cas. Shallow, en 1943, dans une étude sur 175 cas, a montré l'importance du diagnostic pré-opératoire



sur la mortalité.

| Diagnostic              | Cas | Guéris | Morts | mortalité % |
|-------------------------|-----|--------|-------|-------------|
| Corrects ou suspects    | 22  | 14     | 8     | 36          |
| Incorrects ou non faits | 153 | 57     | 95    | 62          |

Ce diagnostic de kyste du cholédoque est donc très difficile à établir. Mais pour le clinicien, il est intéressant d'avoir cette cause d'ictère par obstruction toujours présente à l'esprit puisque la précocité du traitement conditionnera la guérison du malade.



## T R A I T E M E N T

---

L'expérience a prouvé que seul le traitement chirurgical était valable. Actuellement, le traitement médical est rejeté par tous les auteurs. Tsardakas et Robnett, dans une revue de 232 cas relevés dans la littérature, ont montré que sur 30 cas qui avaient subi un traitement médical, 29 étaient morts. Le sort du dernier est incertain, le malade n'ayant pu être retrouvé. L'indication du traitement chirurgical est donc formelle ; son but sera de drainer la bile des voies biliaires vers le tube digestif

Différents procédés ont été employés :

### I - Opération en deux temps :

Cette intervention, qui consiste en une marsupialisation et un drainage externe du kyste dans un premier temps, avec, dans un second temps, une anastomose entre les voies biliaires et le tractus gastro-intestinal, est actuellement complètement abandonnée. Le taux de mortalité en étant très élevé : 85 à 90% pour Attar et Obeïd et dû aux complications associées : fistules biliaires, hémorragies par avitaminose K.

Pour Kaplan, Barcat, Grumbach, Ducas et Guignard, l'ouverture du kyste et son drainage externe sont un pis aller réservé aux cas désespérés et ne doit être considérée que comme un expédient temporaire.



## II - Opération en un temps :

L'excision du kyste avec hépatico-duodénostomie et la Choledocoduodenostomie, sont au point de vue théorique les interventions les plus rationnelles. Mais elles ne le sont pas au point de vue pratique car les risques de reflux alimentaire dans les voies biliaires, et par là même, d'infection, sont grands. Malgré les précautions prises : Orthostatisme pendant les repas et les périodes digestives.

Les statistiques montrent un pourcentage de mortalité respectivement de 40% pour l'excision du kyste avec hépatico-duodénostomie et 24% pour la choledocoduodénostomie.

Actuellement, la majorité des auteurs est d'accord pour pratiquer une choledoco-jéjunostomie de type Roux en Y, à laquelle certains y ajoutent une résection partielle du kyste.

Le principe consiste à prendre une anse jéjunale, à la sectionner, à amener l'extrémité distale du jéjunum dans la région hépatique, à faire suivant le calibre du cholédoque une anastomose termino-terminale ou latéro-terminale. L'extrémité proximale de l'anse jéjunale est anastomosée par une anastomose termino-latérale à l'anse jéjunale distale et à une distance d'au-moins 30 cm. de la suture cholédoco-jéjunale : ceci étant une condition nécessaire pour éviter tout reflux alimentaire dans les voies biliaires. Chez le nourrisson, 20 cm. suffisent étant donné que la croissance permettra d'arriver à 30 cm. à l'âge adulte.

Les différentes statistiques récentes (Mallet-Guy 1960) montrent dans le cas de cette intervention, que la mortalité est de 26% et les complications rares. Cette baisse notable de la mortalité, puisqu'en 1943 elle était de 36% dans les cas diagnostiqués avant l'intervention, est due sans contes-



te à l'amélioration des conditions opératoires, à une meilleure préparation du malade et à la réanimation, le cas échéant.

TABLEAUX COMPARATIFS DES POURCENTAGES des SIGNES CLINIQUES  
entre l'étude faite par TSARDAKAS sur 57 CAS vus par lui-  
même, et 232 cas relevés dans la littérature, et l'étude  
faite par SHALLOW sur 202 cas.

1 - Etude de Tsardakas

|          | Présents |      | Absents |      | Discutables ou non vérifiés.- |      |
|----------|----------|------|---------|------|-------------------------------|------|
| 57 CAS   | Nbre     | %    | Nbre    | %    | Nbre                          | %    |
| Douleurs | 44       | 77,1 | 6       | 10,6 | 7                             | 12,3 |
| Ictère   | 38       | 66,7 | 19      | 33,3 | 0                             | 0    |
| Tumeur   | 33       | 57,8 | 19      | 33,3 | 5                             | 9,9  |

|          | Présents |      | Absents |      | Discutables ou non vérifiés - |     |
|----------|----------|------|---------|------|-------------------------------|-----|
| 232 CAS  | Nbre     | %    | Nbre    | %    | Nbre                          | %   |
| Douleurs | 147      | 63,4 | 67      | 28,9 | 18                            | 7,7 |
| Ictère   | 160      | 69   | 68      | 29   | 4                             | 2   |
| Tumeur   | 167      | 72   | 56      | 24,6 | 9                             | 9,4 |



2 - Etude de Shallow  
portant sur 202 cas

|          | Présents |    | Absents |    | Discutables ou non vérifiés - |   |
|----------|----------|----|---------|----|-------------------------------|---|
|          | Nbre     | %  | Nbre    | %  | Nbre                          | % |
| 175 CAS  |          |    |         |    |                               |   |
| Douleurs | 103      | 59 | 61      | 35 | II                            | 6 |
| Ictère   | 122      | 70 | 49      | 28 | 4                             | 2 |
| Tumeur   | 134      | 77 | 37      | 21 | 4                             | 2 |



## C O N C L U S I O N

---

En conclusion, nous voudrions insister sur la difficulté du diagnostic du kyste du cholédoque.

Quoique les signes cliniques en soient bien définis celui-ci n'est établi, pour Tsardakas, que dans 15,6% des cas avant l'intervention. Ceci est dû à ce qu'il y a souvent une symptomalogie d'emprunt, orientant vers une autre tumeur abdominale ou une tumeur retropéritonéale. Notre observation vient corroborer ces faits.

Notre malade présentait bien une tumeur abdominale avec, vraisemblablement, des douleurs. Mais il y n'y avait pas d'ictère. Seuls les parents avaient parlé d'une teinte jaune des téguments dans les jours précédant l'hospitalisation et qui aurait existée encore dans les premières heures de celle-ci. Mais cet ictère était très fugace, seulement visible à la lumière du jour et vraiment discutable. Tout allait donc orienter vers une affection rénale ou supra rénale. Les radios nous montraient, à droite, un rein hydronéphrotique confirmé par une masse tumorale : soit tumeur rénale, soit tumeur supra rénale (sympathoblastome).



à gauche, le rein gauche était opacifié, et il était surmonté d'une image qui, morphologiquement, ressemblait à une vésicule biliaire, mais dans une position peu habituelle puisque située à gauche de la colonne lombaire. Il était donc beaucoup plus plausible de penser à un rein surnuméraire.

L'enfant a donc subi une laparotomie exploratrice en vue de découvrir l'origine de la tumeur et à la surprise des chirurgiens, il s'agissait d'un kyste du cholédoque: volumineux, puisqu'il contenait 500 cc de bile. D'autre part, nous ne pouvons que nous féliciter de la prudence avec laquelle on a évité toute irradiation préopératoire avant d'être certain de la malignité de la tumeur.

Actuellement cette enfant est suivie régulièrement dans le service et présente un très bon état général.

Pour terminer, nous ajouterons une petite particularité : c'est le fait qu'il s'agit d'une jumelle (gémellité bivitelline) et que l'autre jumelle n'a pas présenté de kyste du cholédoque.

Nous n'avons pas retrouvé d'observation mentionnant ce trait particulier de gémellité.

---



## C O N C L U S I O N S

---

La dilatation kystique du cholédoque est caractérisée par la difficulté du diagnostic pré-opératoire, celui-ci n'étant établi avant l'intervention que dans 36% des cas.

Notre observation en est une preuve : malgré les investigations cliniques et paracliniques pré-opératoires les plus minutieuses, le kyste n'a été découvert que lors de l'intervention faite dans le but de procéder à l'ablation d'une tumeur rénale.

L'intervention chirurgicale donne, dans les conditions actuelles, 74% de succès.

La technique préconisée actuellement par la majorité des auteurs est la résection partielle du kyste avec cholédoco-jéjunostomie de type Roux en Y.

Pour l'enfant faisant l'objet de cette thèse, le kyste du cholédoque a été traité suivant cette technique



et le résultat éloigné en paraît excellent.

Cette observation présente une particularité supplémentaire : la gémellité de notre malade (gémellité bivitelline).

Ce fait n'a jamais été signalé dans aucune autre observation.

---



Vu, le Président de Thèse :

Professeur Julien MARIE

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE



B I B L I O G R A P H I E

---

- 1 - ALONSO-LEJ, F. REVER, W.B. Jr. et PESSAGNO, D.J. M7c10  
Congenital choledochal cyst ; with a report of  
2 and an analysis of 94 cases.  
In,  
SURGERY, GYNECOLOGY AND OBSTETRICS, Chicago INTERN  
ABSTRACTS SURGERY.  
1959, 108, N° 1 January (PP. 1-30.)
- 2 - ARMANINO (L P). Idiopathic dilatation of the common  
bile-duct with coexistenc primary hepatic  
carcinoma. Report of a case.  
Ann int med 1946, 24, 714 - 722
- 3 - ARNAOUDOV D. & PANTCHEV G.  
Congenital malformationsof the biliary system  
in infants and their surgical treatment.  
In,  
VOPROSY NA PEDIATRIATA, AKOUCHERSTVOTO I GINE-  
KOLOGIATA, Sofia 1958, N° 8 pp. 42 - 46 illus.  
(Texte en bulgare).
- 4 - ARNOLDS - Ein manhopfgrossen retention cyste der choledo-  
chus - Deutch med wochen - 1906, 44, 1804.
- 5 - ASHBY H . Two fatal cases of obstructive jaundice  
children. The medical chronicle 1898, 10, 23-30.



6 - ASSOCIATION DES PEDIATRES DE LANGUE FRANCAISE - CONGRES  
(17e)

Montpellier 12, 13 et 14 octobre 1959  
Les ictères de la période néo-natale et de la  
première enfance. Rapports.

Paris - Revue Internationale d'hépatologie (S.D.)  
470 p., Radio, Illust, Tabl, Graph.  
Bibliographie en fin d'articles.

Dilatation kystique du cholédoque PP. 344 - 348

7 - ASSOCIATION DES PEDIATRES DE LANGUE FRANCAISE -

T7/M7c10 Congrès (17e). Montpellier, octobre 1959  
T7/M7c4 Les ictères de la période néo-natale  
et de la première enfance (Analyse des  
rapports, par G. Martin).

In,

NOURRISSON - Paris.  
1959, 47, n° 6, Novembre-décembre  
pp. 233 - 259.

8 - ATTAR S. & OBEID. S -

Congenital cyst of the common bile duct. A review  
of the literature and a report of two cases.

In,

ANNALS OF SURGERY, Philadelphia 1955, 143, n° 2  
August. pp 289 - 295 ; Tabl, Radio.  
Bibliog. p. 295

9 - BAJET - Dilatation congénitale du cholédoque  
B. H. 343, Paris 1958.

10 - BAKES - Colossal dilatation ductus choledocus idiopathic  
retention kyste - Wiener klein woch 1907, 20, 10  
298-299.

11 - BARBOSA E. & RATE R.C. -

M7c10 - Cystic dilatation of the common duct.  
Review of the literature and report of a case.

In,

JOURNAL OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS,  
Chicago 1956, 25, N° 4 part. 1 April. pp 430-441.



- 12 - BERGERON A., GERMAIN H. & LAURAS H. -  
M7c10 - A propos d'une nouvelle observation de  
dilatation kystique du cholédoque.  
  
In,  
  
ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET  
DES MALADIES DE LA NUTRITION, Paris  
1958, 47, n° 9 - septembre.  
pp. 1017 - 1023
- 13 - BERNET C. P. -  
M7c10 - Cystic dilatation of the common bile  
duct. A case report.  
  
In,  
  
MISSISSIPPI DOCTOR, Booneville  
1958, 35, N° 9 - February.  
pp. 204 - 205.
- 14 - BERNHEIM M. (et al.)  
M7c3 - Les kystes congénitaux du cholédoque chez  
le nourrisson  
S7x1  
P4aI  
  
In,  
  
PEDIATRIE, Lyon  
1953, 8, n° 6  
pp. 677 - 683 ; Illustr.  
Bibliographie p. 683.
- 15 - BLOCKER T.G., WILLIAM H. & WILLIAM J.E.  
Traumatiques rupture of a congenital cyst of a  
choledocus.  
Arch of surg. 1937, 34, 695 - 701
- 16 - BODART A., NEIMANN, LESURE & PIERSON -  
Kyste géant du cholédoque - Revue médicale de  
Nancy 1953, 78, 368-376.
- 17 - BODLEY J.W. - Choledocus cyst - Report of a case  
The southern surgeon 1937, 6, 126 - 130.
- 18 - BOQUIEN Y., LEGER L. & GUYET P. -  
M7c10 - Deux cas de dilatation congénitale des  
canaux biliaires,  
M7c5 intra-hépatiques associés à une cirrhose  
du foie et  
P4aI à des malformations diverses.



In,

REVUE MEDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE,  
DE LA RATE ET DU PANCREAS, Paris  
1958, 33, n° 2  
pp. 73 - 86. - Illustr.

- 19 - BRISSON - 475 (1954) Paris  
Dilatation kystique, indications thérapeutiques  
1950 Paris - Vol A.E. 53 (60)-
- 20 - BUDDE M. UBERDIE pathogenese und das krautheit bilt des  
cystischen gallnegangserweiterung.  
Deutch ziig fut chir A 1920, 157, 365
- 21 - BULGARELLI Rolande -  
Affezioni rare delle vie biliari nel bambino  
(Malformazioni della cistifellea. Colecistite.  
Colelitiasi).
- In,
- MINERVA PEDIATRICA, Torino  
1955, 7, n° 29 - 30, 28 Luglio  
pp. 827 - 838 illus, Radio.  
Bibliog. p. 838.
- 22 - BURGESS CHERNY - Idiopathic dilatation of the common  
bile duct - Arc of a surgery 1953, 67, (5) 771-775
- 23 - BURMANN C E L - A case of simple obstructive jaundice  
with huge dilatation of the common duct  
The practitioner 1912, 88, 473.
- 24 - CACHAY DIAZ Horatio, TISNADO MUNOZ, Simon et LLONA Jorge  
M7c10 - Quiste congenito de coledoco

In,

REVISTA PERUANA DE PEDIATRIA, Lima  
1957, 15, n° 3 Enero-Márzo  
pp. 105 - 112 ; Illus, Radio.

- 25 - CANTEY William C. -  
Congenital cystic dilatation of the common bile  
duct.

In,

ANNALS OF SURGERY, Philadelphia.  
1956, 143, n° 5, May.



1956, 143, n° 5, May  
pp. 608 - 618 Illus & radio.  
Bibliog. pp. 615 - 616

26 - CAROLI J. & MARCOULIDES G. -

M7c - Contribution à la pathogénie des dilatations congénitales du cholédoque.

In,

ARCHIVES DES MALADIES DE L APPAREIL DIGESTIF & DES MALADIES DE LA NUTRITION - Paris.

1953, 42, n° 9-10, septembre-octobre.

pp. 1045 - 1060, Illus & radio.

Bibliog. pp. 1059 - 1060.

27 - CASSIMOS Ch., VLACHOS J. & TRIGONIS G.

A case of congenital, idiopathic, cystic dilatation of the common bile duct or choledochus cyst in a newborn.

In,

ANNALES CLINICAE PAEDIATRICAЕ UNIVERSITATIS ATHENIENSIS

1957, n° 6, novembre-décembre.

pp. 383 - 393 - Illus.

Bibliog. pp. 392 - 393

Texte en grec - Résumé en anglais.

28 - CASTRO B., GUILLERMO & RAMIREZ DUENAS J. -

M7c - Atresia congenita de las vias biliares.

In,

REVISTA ECUATORIANA DE PEDIATRIA, Guayaquil

1954, 6 n° 1 Enero-Marzo

pp. 18 - 28.

29 - CAUSSADE L. BODART Neimann -

. Kyste idiopathique du cholédoque

Archives françaises de pédiatrie

1954 VII - 545 - 547.

30 - CHAPTAL Jean, DOSSA -

Montpellier médical 57 : 96 - 137.

31 - CHAMPEAU & PINEAU -

Chirurgie des voies biliaires de l'adulte et du nourrisson - Masson 1952.



- 32 - CHEVALLEY, PELLERIN & BAROCHEZ -  
Arch. franç. pédiatrie,  
février 1954 - 4 - 395.
- 33 - CLARK J. H. -  
So called idiopathic choledocus cyst its patogenesis  
and pathology - Report of a case with review of  
the literature.  
Int. clin. 1932 - 1 - 42 série 78 - 103.
- 34 - CONNOLLY, Neville K. (et al.)  
Biliary atresia with choledochal cyst or pseudocyst  
In,  
  
CLINICAL PROCEEDINGS OF THE CHILDREN'S HOSPITAL  
Washington 1956, 12, n° 2, February  
pp. 19 - 28.
- 35 - COOK J. & BOSA C.B. -  
M7c10 - A case of choledocus cyst.  
In,  
  
EAST AFRICAN MEDICAL JOURNAL, Nairobi  
1957, 34, n° 12, December  
pp. 643 - 645.
- 36 - CURTI P., ADDE F.C. & VERGINELLI G. -  
M7c10 - Dilatação cística do coledoca na criança  
In,  
  
REVISTA PAULISTA DE MEDICINA, Sao Paulo  
1955, 47, n° 1, juillet  
pp. 109 - 118.
- 37 - DALTZ Nathan J. & GLASER Kurt. -  
Congenital cystic dilatation of the common bile  
duct.  
In,  
  
THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY, New-York  
1956, 91, n° 1, January  
pp. 56 - 59. Illus.  
Bibliog. pp 58 - 59.
- 38 - DELANNOY & LAGACHE -  
Dilatation kyst. du cholédoque  
cholescystoduodenostomie - Résultats de 19 ans  
In,  
  
Lille chirurgicale 1954 - 9 - 140 - 143.



- 39 - DEMOLDER H. -  
Dilatation kystique du cholédoque.  
In,  
ACTA PAEDIATRICA BELGICA, Bruxelles  
1955, 9 n° 3  
pp. 132 - 139.  
Bibliog. p. 139.
- 40 - DENNISON.-  
Choledocus cyst in childhood  
In,  
Journ of Intern College Surgeon  
1954, 21 (1) 113 - 117.
- 41 - DEFFARGES Madeleine.-  
Considerations à propos d'une observation de dilatation kystique du cholédoque.  
Clermont-Ferrand  
R. CHERASSE (1954 - 235, n° 1).
- 42 - DESCOURTIS J.-  
La dilatation congénitale du cholédoque. Etude à propos d'un cas.  
Thèse - Paris, Faculté de Médecine, 1951 n° 844  
39 p. 24 tabl. dactylographiée.
- 43 - DESCOVICH C. & GOLFIERI G.-  
M7c10 - Le anomalie congenite della colecisti.  
Contributo casistico.  
In,  
IL LATTANTE, Parma  
1957, 28, n° 10, Ottobre  
pp. 641 - 655. Radio.  
Bibliog. p. 655.  
Résumé en anglais.
- 44 - DEXTER -  
Choledochal cyst with carcinoma of the intra hepatic bile ducts and pancreatic ducts.  
In,  
Brit. Jour. of cancer 1957, 88 ( 1 ) 18-25
- 45 - DICKINSON E.H. & SPENCER F.C.-  
Choledocal cyst. Report of a case with unusual features  
In,



JOURNAL OF PEDIATRICS (The), St-Louis.  
1952, 41, N° 4 October.  
pp. 462 - 466- Illus.  
Bibliog. P. 466.

46 - EDGEWORTH CANTAS LOND.-

Case of dilatation of the common bile duct  
simulating distention of the gallbladder.  
Lancet 1895, 1, 1180.

47 - ERZEKII -

On the diagnostic of jaundice in newborn infants  
and during early months of life.  
Pediatria 38 : 50 - 54, Octobre 60 Russ.

48 - ESCUDEUR Guillermo E.-

Dilatacion idiopatica de coledoco

In,

ARCHIVOS ARGENTINOS DE PEDIATRIA, Buenos Aires  
1954, 42, 25, n° 3 - Setiembre  
pp. 214 - 218. Illus.

49 - GIBSON L.E. & HALLER J.A. -

M7c10 - Acute pancreatitis associater with conge-  
nital cyst  
M7c3 of the common bile duct.  
M6c4

In,

JOURNAL OF PEDIATRICS, St-Louis.  
1959, 55, N° 5 - November.  
pp. 650 - 657. Illus. Tabl.  
Bibliog. pp. 655 - 657

50 - GOLDAMER.-

Cystische Erweiterung der choledochus zur chirurgie  
der gallenwege  
Beitrape zur Klin chir. 1907, 55, 214 - 218.

51 - GROVE William J.-

Recognition and treatment of congenital choledo-  
chol cysts.

In,

ARCHIVES OF SURGERY, Chicago  
1957, 75, n° 3 - Septembre  
pp. 443 - 449? Illus, Radio, Tabl.  
Bibliog. p. 449.



52 - GUENIN.-

Dilatation congénitale du cholédoque  
Mem. Acad. de chirurgie,  
1949, 75, 180 - 181.

53 - HANKAMP L.J.-

M7c10 - Congenital choledochal cyst. Demonstra  
tion by oral  
M7c3 cholectystography  
Y3f.

In,

A.M.A. JOURNAL OF CHILDREN, Chicago  
1959, 97, n° 1 - January  
pp. 97 - 100, Radio.  
Bibliog. P. 100

54 - HEILLIGER.-

Congenitale zystematiqu exetichung der ductus  
choledochus diss giessen 1910.

Inaugural dissestation, 1910, cited by  
Mc Whorter GL.  
Arch. Surg. 8 : 604 - 1924

55 - HERRERA MARTINEZ C. & ROSALDO BEJARANO F.-  
Quiste congenito del coledoco

In,

REVISTA PERUANA DE PEDIATRIA, Lima  
1958, 17, n° 1 - Julio-Setiembre  
pp. 21 - 27. Illus, Radio  
Bibliog. p. 27  
Résumé en anglais.

56 - HERTZLER J.H. & MAGUIRE C. -

Congenital dilatation of the common bile duct.

In,

A.M.A. ARCHIVES OF SURGERY, Chicago  
1951, 62, n° 2, Février  
pp. 275 - 283.  
Bibliog.

57 - HORNE Lloyd M. -

Congenital choledocal cyst. A report of three  
cases and discussion of etiology.

In,

THE JOURNAL OF PEDIATRICS, St-Louis.



1957, 50, n° 1, January  
pp. 30-38, illus, radio, tabl.  
Bibliog. pp. 37-38.

58 - HUTCHINS Mansdorfer

Congenital cystic dilatation of the common bile duct with sequellae.  
J.A.M.A. 1944 - 125, 202 - 204.

59 - INGELRANS, LACHERETZ & TOISON.-

Dilatation kystique congénitale du cholédoque  
In,

ARCHIVES DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF  
Paris, 1956, 45, N° 1 - 2, janvier-février  
pp. 126 - 128.

60 - IPSEN & TILFAEDE -

Af choledocus cyste  
Hopital Tidende, Copenhagen 1913, 43, 1342.

61 - IRVIN Morrisson -

Congenital cyst of the common bile duct containing stones,

In,

Brit journal surg lorr.- 1944, 32, 319

62 - KAPLAN M. ( et al.)

M7c10 - Hydrocholécyste avec malformation du cystique et du cholédoque chez un enfant de huit ans.

In,

ARCHIVES FRANCAISES DE PEDIATRIE, Paris  
1959, 16, n° 3  
pp. 373 - 379.

63 - KAPLAN, BARCAT & GRUMBACH -

Arch. franç. de pédiatrie  
1954 n° 5 457

64 - KEITH Jr. Luther, M. RINI Jérôme M. & MARTIN L. Harold

Congenital cystic dilatation of the common duct (choledocal cyst). Report of two cases.

In,

A.M.A. ARCHIVES OF SURGERY, Chicago  
1957, 75, n° 1, July



pp. 143 - 145. Illus, Radio.  
2 références p. 145.

65 - KIBEL Ma -

Jaundice in early infancy : the medical aspects  
Central African Journal of medical  
5 : 468, 474 sept. 59.

66 - KOB Zur -

Zur pathologie der gallenwege Fall von Hoch  
gradiger cystenartigen erweiterung des ductus  
hepaticus und der duetus choledocus (inaug  
diss Munchen 1007 Cité par Waller E.)

67 - KOSZLA M.M. -

M7c10 - Congenital cystof the common bile duct  
In,

PEDIATRIA PLOSKA, Warszawa  
1959, 34, n° 2, février  
pp. 205 - 208  
Texte en polonais.

68 - KOURIAS B. -

M7c10 - Anomalies et variations des canaux  
biliaires extra-hépatiques : leur intérêt chi-  
rurgical.

In,

JOURNAL DE CHIRURGIE, Paris  
1959, 77, n° 4, avril  
pp. 393 - 422.

69 - KUMATE J. -

Boletin medico del hospital infantil  
Mex. May-juin 1960

70 - LA BARREDA P. -

M7c9 - Hígado poliquistico congenito  
M7c10

In,

REVISTA CLINICA ESPANOLA, Madrid  
1957, 65, n° 6, 30 de Junio  
pp. 417 - 420. Illust.  
Bibliog. pp. 419 - 420.

71 - LAHARY -

Dilatation pseudo kystique et cholépéritone  
chez un enfant de 14 mois.  
Paris. 1954, 475.



72 - LAMY Maurice et al. -

Dilatation pseudo-kystique du cholédoque diagnostiquée avant l'intervention.

In,

ARCHIVES FRANCAISES DE PEDIATRIE, Paris

1957, 14, n° 2

pp. 211 - 219 Radio.

Bibliog. p. 219

73 - LAURANCE G. -

Revue du praticien 21 septembre 1960.

74 - LAVENSON -

Cyst of the common bile duct

Am Journ of med. scien. 1909, 137, 563

75 - LEGG -

Congenital deficiency of the common bile duct the cystic and hepatic ducts ending in a blind sac. Cirrhosis of the liver associated (transaction of the pathological society of London 1875, 27, 178, 186.

76 - LELONG M. - ALAGILLE D. & LE TAN VINH -

T7/M7c10 - Les ictères de type obstructif du premier âge.

T7/M7c4

In,

REVUE INTERNATIONALE D'HEPATOLOGIE, Paris

1960, 10, n° 2

pp. 319 - 340, Illust. Radio, Tabl. graph.

Bibliog. pp. 413 - 430.

Résumés en anglais, allemand et espagnol.

77 - LELONG M. (et al.) -

L'ictère du nouveau-né par obstruction sans malformation des voies biliaires.

In,

REVUE INTERNATIONALE D'HEPATOLOGIE, Paris

1956, 6, n° 4.

pp. 419 - 476, Illust. Tabl. Graph.

Bibliog. pp. 466 - 476.



78 - LIEBNER E.J. -

M7c10 - Roentgenographic study of congenital  
choledocal  
M7c3 - cysts. Pre-and postoperative analysis  
U13 of five cases.  
Y3f

In,

AMERICAN JOURNAL OF ROENTGENOLOGY, RADIUM THERAPY  
AND NUCLEAR MEDICINE (The), Springfield 1948, 80  
N° 6, December  
pp. 950 - 960. Radio, Tabl.  
Bibliog. pp. 959 - 960

79 - LOOS M. -

M7c10 - La dilatation kystique congénitale du  
cholédoque.  
M7c3

In,

ACTA PAEDIATRICA BELGICA, Bruxelles  
1960, 14, n° 1.  
pp. 34 - 46, Illus. Radio, Tabl.  
Bibliog. pp. 45 - 46.  
Résumés en anglais et en flamand.

80 - LORINE P. & STRAHLINGER L. -

M7c10 - Mit intravenöser Cholangio-Cholezysto-  
graphie vor der Operation diagnostizierte  
Choledochuszyste.

In,

PORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER ROENTGENSTRAHLEN  
UND DER NEKLEARMEDIZIN, Stuttgart  
1957, 86, n° 3, Mars.  
pp. 395 - 397.

81 - Mac CONNEL -

Cyst of the common bile duct and pancreatic duct.

In,

BLIT. JOUR. OF SURGERY  
1920, 7, 520.

82 - MACPHERSON, C.R. -

Congenital custic dilatation of the common bile  
duct associated with accessory hepatic duct.



In,

SOUTH AFRICAN MEDICAL JOURNAL  
1951, 25, n° 52, December 29  
pp. 965 - 967 Illust.  
Bibliog.

83 - Mac WORTHER -

Congenital cystic dilatation of the bile duct.  
Arc. of Surgery 1930, 38, 397 - 411.

84 - MAINGUET P. (et al.) -

M7c10 - La dilatation kystique congénitale du  
cholédoque, forme totalement obstructive.

In,

REVUE MEDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE,  
DE LA RATE ET DU PANCREAS, Paris  
1958, 33, n° 2.  
pp. 99 - 120. Illust, Radio, Tabl.  
Bibliog. pp. 118 - 120.

85 - MALAPERT Claude -

Contribution à l'étude des kystes du cholédoque  
Thèses Paris 1960 - 271.

86 - MALLET-GUY P. -

M7c10 - Trois observations de dilatations congé-  
nitales dites kystiques du cholédoque.

In,

LYON CHIRURGICAL  
1958, 54, n° 5, septembre.  
pp. 771 - 776

87 - MARCOS Julio R. & YANNICELLI Ricardo B. -

M7c - Dilatacion quistica congenita del coledoco

In,

ARCHIVOS DE PEDIATRIA DEL URUGUAY, Montevideo  
1953, 24, n° 10, Octubre  
pp. 654 - 665. Illust.  
Bibliog. p. 665.

88 - MARCOULIDES -

Dilatation congénitale du cholédoque. Etudes  
pathogéniques radiodiagnostiques Radiomanométrie  
1953, Paris 199.



89 - MARK J.-B. -

Conn. med. 24 : 678 - 680. Nov. 60

90 - MARTIN G. -

Nourrisson 47 : 233 - 259. Nov.-Dec. 59.

91 - MICHOTÉY G. -

M7c10 - Kyste congénital de la voie biliaire principale kysto-jejunosomie sur anse en Y.

In,

MARSEILLE CHIRURGICAL

1958, 10 n° 2, mars-avril.

pp. 207 - 211.

92 - MILNER -

Dilated gale duct in a child

In,

BRITH JOUR OF SURGERY 1920, 23, 10, 413 - 418

93 - MONOD P. -

Dilatation congénitale du cholédoque

In,

MEMOIRES DE L'ACADEMIE DE CHIRURGIE, Paris

1951, 77, 23 - 30 mai.

pp. 558 - 559.

94 - MORLEY

Congenital cyst of the common bile duct

Report of two cases

Brit Med Jour. 1909, 1, 1235.

95 - MOSELEY J.-E. -

M7c10 - Radiographic demonstration of choledocal cyst by oral cholecystography

In,

RADIOLOGY, Syracuse

1957, 68, n° 6, June

pp. 849 - 851.

96 - PAULINO F. -

Dilatação congenita do colédoco

In,

REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA



Rio de Janeiro  
1956, 31, n° 3, Mars.  
pp. 402 - 404.

- 97 - PETIT, BORDE & DAVID -  
Thérapeutique chirurgicale.
- 98 - PINLACHS ou PILLACHS Sorla Patan -  
Dilatation idiopatica del coldoco  
In,  
REVISTA CLINICA ESPAGNOLA 1957, 65, 9-19
- 99 - PORCHET Antoine -  
M7c10 - Dilatation congénitale du cholédoque  
In,  
JOURNAL DE CHIRURGIE, Paris  
1958, 76, n° 4, Novembre  
pp. 549 - 558. Radio, Graph.  
Bibliog. p. 558.
- 100 - PROCHIANZ A. & HEWITT J. -  
Atrésie des voies biliaires : travail prélimi-  
naire.  
Etude anatomo-clinique d'une atrésie totale et  
d'une atrésie complexe avec kyste du cholédoque.  
In,  
ETUDES NATALES, Paris  
1952, I n° 4 décembre.  
pp. 67 - 86
- 101 - RAMON Guerra -  
Blood transaminases  
Arch fac med de Montevideo  
1960, 45 ; 43 - 55
- 102 - RAMON Guerra -  
On the classification of jaundice  
Archives de Pedatria del Uruguay  
30 : 701 - 707 7.nov. 59
- 103 - RAO -  
Jaundice in infancy and childhood  
In,  
JOURNAL OF THE INDIAN MEDICAL ASSOCIATION  
16 oct. 1960.



- 104 - RAVITCH Mark M. & SNYDER Gilbert B -

M7c3 - Congenital cystic dilatation of the common bile duct. Special reference to radiographic studies.

In,

SURGERY, St-Louis

1958, 44, n° 4, October.

pp. 752 - 765. Illus. Radio.

Bibliog. pp. 764 - 765

- 105 - REEL Burnell -

Cystic dilatation of the common bile duct.

In,

ANN OF SURGERY 1922, 75, 191 - 195

- 106 - RHEINLANDER H.F. & BOWENS (Olivier L.) -

Congenital absence of the gall bladder with cystic dilatation of the common bile duct.

In,

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, Boston

1957, 256, N° 12, March 21.

pp. 557 - 559. Radio.

Bibliog. p. 559.

- 107 - RIPSTEIN MILLER -

CHOLEDOCUS cyst associated with congenital atresia of bile ductus.

Ann Of Surgery 1948, 128, 1173 - 1177.

- 108 - RIVAROLA José E.-

T7/M7c3 - Congenital cyst of the common bile duct in

T7/M7c10 - infants. Two cases reports.

In,

ARCHIVES OF PEDIATRICS, New-York

1958, 75, n° 4, April

pp. 131 - 140. Illus. Radio.

Bibliog. pp. 139 - 140.

- 109 - ROCHA PINTO C. Da & SILVA C. Da -

Dilatation idiopathique du cholédoque

In,

SEMAINE DES HOPITAUX, Paris



1960, 36, n° 86, 18 octobre.  
pp. 2586/SP.478 - 2596/SP. 487 - 2596/SP.488

110 - ROGERS PRIESTLEY -

Cystic dilatation of the common bile duct.  
Pro staff meeting of the Mayo Clinic  
1949, 24, 568 - 575.

111 - ROTGANS J. EEN -

Gebooren choledocus afryking  
Nederlandch tydschulffwoor geneeskunde  
1923, 2, 3, 1342.

112 - RUSSEL -

Cases of cystic dilatation of the common bile  
duct in a child.

Ann of surgery 1897, 26, 692.

113 - SACREZ R., FRUHLING L. & VOGEL R. -

Les malformations des voies biliaires extra-  
hépatiques,

In,

PEDIATRIE, Lyon  
1956, 11, N° 3  
pp. 303 - 315  
Bibliog. pp. 313 - 315.

114 - SAINT -

Cystic dilatation of the common bile duct.  
Brit med jour. 1932. 1. 230 - 232.

115 - SALA PANISELLO F., GOMEZ BARRY H. & DIAZ ROUSSELOT J. -

Agnesia parcial del colédoco con dilatacion  
quistica del hepato-coledoco suprayacente,

In,

REVISTA CUBANA DE PEDIATRIA, La Habana  
1959, 31, n° 8, Agosto  
pp. 405 - 414.  
Résumé en anglais.  
Bibliog. pp. 413 - 414.

116 - SALTZ Nathan J. & GLASER Kurt. -

M7c3 - Congenital cystic dilatation of the common  
bile duct.

In,

THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY, New-York



1956, 91, n° 1, January  
pp. 56 - 59 Illus.  
Bibliog. pp. 58 - 59.

117 - SCHREIER K. -

Etiological and differential diagnostics  
problems in prolonged jaundice in newborn  
infants.

Progreses de pediatria y puericultura 2 : 249 -  
260 - Juin 1959.

118 - SEE G., HIVET Marc, MINGASSON Francois -

Dilatation kystique du cholédoque chez une  
fille de 7 ans.

ARCHIVES FRANCAISES DE PEDIATRIE  
n° 2, 1962, 261 - 269

119 - SERAS L.S. & LYTER C.S. -

M7c10 - Choledochal cyst with a report of an  
intraduodenal choledochal cyst.

In,

AMERICAN JOURNAL OF SURGERY, New-York  
1957, 93, n° 6, June  
pp. 979 - 989.

120 - SHALLOW -

Congenital cystic dilatation of the common bile  
duct

Ann surg 1943, 117, 355 - 386

121 - SHERLOCK S. -

Primary biliary cirrhosis  
Gastroenterology 37 - 574 - 586. Nov. 1959.

122 - SHOCKET E. HALLENBECH G.A. & HAYLES A.B. -

Choledochal cyst. Report of cases

In,

PROCEEDINGS OF THE STAFF MEETINGS OF THE MAYO  
CLINIC, Rochester.  
1955, 30, n° 5 - March 9  
pp. 83 - 89. Radio, Tabl.  
Biblio. p. 89.

123 - SIMON -

Dilatation congénitale du cholédoque

In,



MEMOIRES DE L'ACADEMIE DE CHIRURGIE, Paris  
1950, 76, 19 - 26 avril.  
pp. 450 - 453.

124 - SMITH -

Cyst of the common duct.  
Arch. of Surgery  
1942, 44, 965 - 983.

125 - SNAVELY J. -

Clinical classification of jaundice  
Mississippi doctor (Booneville) 37 : 87  
8 sept. 1959.

126 - STEGER C. -

Su di una rarissima anomalia del dotto cistico  
(osservazione clinica di duplicazione del dotto  
cistico).

In,

ANNALI, ITALIANI DI CHIRURGIA, Bologne  
1956, 33, n° 11  
pp. 980 - 988.

127 - TAGART R.E. -

Perforation of a congenital cyst of the  
common bile duct.

In,

BRITISH JOURNAL OF SURGERY, Bristol  
1956, 44, n° 183, July  
pp. 18 - 21.

128 - TARANTOLA D. & DOGNINI E. -

M7c10 - La dilatazione idiopatica del coleodoco  
M7c1 (Presentazione di un caso).

In,

ACTA PAEDIATRICA LATINA, Reggio  
1960, 13, n°3, Maggio-giugno  
pp. 263 - 271 illus.  
Bibliog. pp. 270 - 271  
Résume en français, anglais et allemand.

129 - TERNOVSKII S.D. -

M7c10 - Congenital dilatatio of the common  
bile duct.

In,

CHIRURGIJA, Moskva



1959, 35, n° 3 Mars  
pp. 9 - 16  
Texte en russe.

130 - TESSE J. -

M7c3 - Contribution à l'étude des kystes congénitaux du cholédoque chez les nourrissons  
S7x1 - Thèse - Fac. de Médecine de Lyon 1952/53.

In,

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON,  
1953, 34, n° 813, 20 novembre.  
p. 915.

131 - TORRES -

Corvo cirrhosis del higado consecuniva a malformation congenita de vias biliares extra hepaticas.  
Revista Cubana de Padiatria  
1954, 26, 13 - 28.

132 - TORTORICI ROBNETT-

Coledoco duodenostomia Per dilatazione idiopatica del coledoco,

In,

Arc Italiono di chirurgica 1954 - 78, 6 (502-508)

133 - TSARDAKAS Elias & ROBNETT Ausey H. -

Congenital cystic dilatation of the common bile duct. Report of three cases, analysis of fifty-seven cases and review of the literature.

In,

ARCHIVES OF SURGERY, Chicago  
1956, 72, n° 2 - February  
pp. 311 - 327, Illus, Tabl.  
Bibliog. pp. 326 - 327.

134 - UPCOAT -

Cystic dilatation of the common bile duct.  
Brit. med. jour. 1932 - 1 - 94.

135 - VATER A. -

Dissertation inauguralis medica proes diss  
qua scirrhis viscerum disseret  
4° Wittenbergae 1723 Pamphlets vol. 881 p. 22



- 136 - VIRGILLIO -  
Un case de dilatazione cistica congenita del  
coledoco  
Arch. Italiano di chirurgica 1958, 54, 873 - 878.
- 137 - VLACHOS J., CASSIMOS C. & TRIGONIS G. -  
M7c10 - Choledochus cyst in a newborn  
Report of a case with necopsy findings.  
  
In,  
  
A.M.A. ARCHIVES OF PATHOLOGY, Chicago  
1959, 67, n° 4 - April.  
pp. 395 - 399.
- 138 - WALLER -  
Idiopathic choledocus cyst.  
Ann of Surg. 1957, 66, 446.
- 139 - WALTON -  
Congenital diverticulum of the common bile  
duct ; report of 5 cases.  
BRITH Journ. Surg.  
1939, 27, 295 - 315.
- 140 - WEISS -  
Ein seltener fall von cystischer erweiterung  
des ductus choledocus.  
  
BERLINEN KLIN WOCHEN  
1909, 46, 1843.
- 141 - WELCH -  
Choledocal cyst case records of the Massachusetts  
general hospital cases nb. 37, 431.  
  
THE NEW ENGLAND JOURNAL MED.  
1951, 245, 656 - 657.
- 142 - WRIGHT -  
British Journal of Radio  
8, 228, 1935.
- 143 - WRIGHTSON P. -  
Congenital cystic dilatation of common bile  
duct, as occurring in infancy.  
  
In,  
  
AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF SURGERY  
Melbourne, 1953, 23, November.  
pp. 110 - 116.



- 144 - WYLLIE -  
Congenital cyst of the common bile duct  
Lancet 1925, 1, 134.
- 145 - YAP P.C., SABAS L. & ESTANIEL R. -  
M7c10 - Congenital cystic dilatation of the  
common bile duct. Report of a case  
  
In,  
  
PHILIPPINE JOURNAL OF SURGERY, OBSTETRICS AND  
GYNECOLOGY, Manila  
1956, 11, n° 4 July, August.  
pp. 143 - 147
- 146 - YOTUYANAGI S. -  
Contributions to actiology and pathogeny of  
idiopathic cystic dilatation of common bile  
duct with report of 3 cases.
- 147 - ZEHNDER -  
Unusual findings in biliary surgery  
American Jour. of Surgery  
1956, 91 (1).
- 148 - ZINNINGER M.M. -  
Case congenital cystic dilatation of the  
common bile duct. Report of a case and  
review of little nature.  
  
ARCH. of SURGERY 1932, 24, 77 - 105
-

